PHYSIO am ZOB

AUFNAHMEBOGEN UND BEHANDLUNGSVERTRAG

Nachname Patient:in ..... Vorname ..... Geburtsdatum .....

ggf. Nachname Erziehungsberechtigte:r ..... Vorname ..... ◯ Frau ◯ Herr ◯ keine Angabe

Straße, Hausnummer ..... PLZ, Ort .....

Telefon tagsüber ..... Telefon mobil ..... E-Mail-Adresse .....

Krankenkasse ..... Überweisende Arztpraxis ..... Hausarztpraxis .....

Um Ihre Wartezeit in unserer Praxis so gering wie möglich zu halten, planen wir Beginn und Dauer Ihrer Behandlung auf die Minute genau. Für die vereinbarte Zeit stehen Ihnen unsere qualifizierten Mitarbeiter:innen und ein Behandlungsraum zur Verfügung. Kommen Sie daher bitte unbedingt pünktlich.

Durch die Vereinbarung eines Termins entsteht zwischen Ihnen und unserer Praxis automatisch ein Behandlungsvertrag nach §615 BGB. Ist es Ihnen einmal nicht möglich einen Termin wahrzunehmen, können Sie diesen bis zu 24 Stunden zuvor per Telefon, auf dem Anrufbeantworter oder per E-Mail an jedem Wochentag (auch Samstag und Sonntag) kostenfrei stornieren. Geschieht Ihre Absage, egal aus welchen Gründen, nicht fristgerecht und kann von uns die Lücke nicht neu belegt werden, wird Ihnen dieser Termin in Rechnung gestellt.

Diese vorstehenden Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie ausdrücklich an. Ein Exemplar dieser Vereinbarung habe ich nach Wunsch erhalten.

....

Datum/Unterschrift Patient:in bzw. Erziehungsberechtigte:r Datum/Unterschrift Praxis

Tel.: 04161-641591
Fax: 04161-641592

Physio am ZOB
Bleicherstraße 11
21614 Buxtehude

info@physio-am-zob.de
www.physio-am-zob.de

Physio am ZOB ist eine Praxis der Physio Treuhand GmbH · Große Elbstraße 281 · 22767 Hamburg. Vertragspartnerin ist die Physio Treuhand GmbH.